

講演 1

がん薬物療法に病院薬剤師・ 薬局薬剤師はどのように関わるか

(一社)日本病院薬剤師会専務理事((一社)日本臨床腫瘍薬学会理事長) 遠藤一司



講演 1 では、日本病院薬剤師会専務理事の遠藤氏に、がん薬物療法に病院薬剤師・薬局薬剤師はどのように関わるかについてお話しいただいた。

遠藤氏は、国立がんセンターでの勤務経験を交えながら、がんの薬物療法の原則や、入院から外来へ、経口治療薬の増加といった治療の現状、その問題点などについて説明された。

また、日本のがん死亡率減少への取り組みとして「がん対策加速化プラン」が出される中、特にがん薬物療法において、薬剤師の専門性を高め、病院と薬局などの医療連携を図ることで、薬剤師がさらに貢献していけることを訴えた。

場所:大手町サンケイプラザ(301号室~303号室) 日時:平成28年5月13日(金)13:20~14:50

統計から見る「がん」の現状

●高齢化の影響を除くと死亡率減少

最初に統計から見るがんの現状からお話しします。日本では、1981年にがんで亡くなる人が一番

多くなり、いまでも高い死亡率を保っています。それまで死亡率が高かったほかの疾病は、減ったものと増えたものがありますが、がんの死亡率とはかなり差がついており、毎年日本で百数十万人亡くなるうち、がんは約3分の1を占めます。

これを高齢化の影響を除いた年齢調整死亡率で

見ると、がんで亡くなる人の数は少し減少しています。治療の成果が上がったり検診で早期発見されたりして、がんで亡くなる人が減少してきたのだと思います。がんを部位別に見ても、全体では少しずつ下がってきています。特に胃がんはずいぶん死亡率が減っています。胃がんはアジアで多いことから、日本で開発した薬が多く、食事の改善や治療の効果もあって、かなり減っています。ただ、女性の乳がん、男女の膵臓がんは増加傾向にあります。膵臓がんは見つけにくく、分かったときにはかなり進行している場合が多いので、亡くなる人が増えているのです。

がんは、治療が終わって5年間再発しなければ、ほぼ治ったことになります。これが「5年生存率」です。特に乳がんや前立腺がんは治療成績がよく、5年生存率はかなり高いのですが、膵臓がん、肝臓がん、食道がんは、まだ厳しい状況にあります。このデータは既に「がん登録」をしているいくつかの県だけのものですが、今年1月から「がん登録」が全国で始まりましたので、もう少しすると全国の正確なデータが出てくるでしょう。

実際のがんの罹患数と死亡数は、高齢化を主要因として徐々に増えていますが、高齢化の影響を除くと、死亡率は少しずつ減少傾向にあり、生存率もかなり上昇傾向にあります。

●がん対策推進基本計画で専門薬剤師の育成を

日本ではがんで亡くなる人が多いので、「がん対策基本法」をつくり、国や都道府県は5年ごとに「がん対策推進基本計画」を策定しています。現在取り組んでいるのが、2012年からの「第2期がん対策推進基本計画」です。

ここでは、重点的に取り組むべき課題として、薬剤師に関することでは、まず「放射線療法、化学療法、手術療法の更なる充実と、医療従事者、専門家を育成すること」があります。病院薬剤師会や学会では、「がん専門薬剤師」「がん薬物療法認定薬剤師」「外来がん治療認定薬剤師」といった認定資格を設けており、その薬剤師が病院や薬局で頑張っています。

もう1つの課題が「緩和ケアの推進」です。麻薬の使用量は、先進国の中で日本は最低です。欧



資料を使って分かりやすく解説

米ではがん以外にも使われていることもあるのですが、日本は「麻薬」という言葉のせいか、患者さんも医療従事者も使用を躊躇する傾向があります。痛みを的確に使えるようにするために「がん」と診断されたときからの緩和ケアが謳われていますが、なかなか進まないで、薬剤師も積極的に医師などに提言しなければと思っています。

●対策加速化プランで死亡率20%減へ

全体目標として、2007年度からの10年でがんの死亡率20%減が掲げられています。ただ、現状は17%減くらいです。そのため昨年暮れに「がん対策加速化プラン」を策定し、積極的にがん対策を進めることになりました。

目標に到達しない背景として、まず、がん検診受診率が低いこと、そしてたばこ対策がまだ十分でないことがあります。たばこの影響は肺がんに限らずいろいろながんに影響があるので、厚生労働省は対策としてたばこの値上げを提言していますが、うまくいかないようです。

がんの治療・研究分野では、がんの「標準治療」、いわゆるエビデンスのある治療がまだ十分に普及していません。要するに、まだエビデンスに基づかない治療が行われているといわれています。また、吐き気を伴う抗がん剤の治療に吐き気止めを使うなど副作用が出るのを抑える薬の治療を「支持療法」といいますが、支持療法が十分に行われていないことがあります。さらに、「緩和ケア」もまだ十分でないこともあります。

これら死亡率20%減を達成できない原因の中には、薬剤師が頑張れば改善できる場所があると思っています。

がん治療の基礎知識

●がん薬物療法、適応の原則

がんの治療は、手術、薬物治療、放射線治療を組み合わせることが多いです。手術だけで治るものもありますが、多くの治療はこれら2つ、または3つを組み合わせますので、がんは「集学的治療」といわれています。

この中の薬物治療には適応の原則があります。まず、がん種に対する標準的治療、要するにエビデンスのある治療をするということ。そして「PS (performance status・日常生活の制限レベル)」、栄養状態があまりに悪い状態、例えば、寝たきりの患者さんには一般的に抗がん剤治療はしません。ただ実際には、患者さんの状態が悪いのに家族の希望などで薬物治療を行ったことで逆に早く亡くなってしまわないわけではありません。それから、特に腎臓や肝臓などの臓器の機能が十分にあるときに治療します。抗がん剤治療は患者さんの体への影響が大きいため、その確認は大事です。また患者さんに十分に説明して、正しく理解を得た上で行うことが原則となっています。

●がん薬物療法の目的

がん薬物療法、抗がん剤を使う治療は、「根治」を目的とする治療と、「延命や症状緩和」を目的とする治療があります。

根治が目的のときは「治療の強度を低下させないことを優先」、つまり副作用が出るのが分かっても一定量の点滴を行い、経口の抗がん剤はきちんと飲んで病院にかかってもらいます。例えば、血液のがんの多くは治るがんですので、副作用に対応しながら抗がん剤治療を行います。

再発したがんや見つかったときにかなり進行しているがんは、根治は難しいので、患者さんの状態に合わせた治療を行います。

がん薬物療法は、がん種ごとに、有効性でA群「治癒が期待できる」、B群「延命が期待できる」、

C群「症状緩和が期待できる」、D群「がん薬物療法の期待が小さい」の4群に分かれます。A群はほとんど血液のがんです。B群には乳がんや大腸がん、C群は食道がん、前立腺がんなどが分類されています。D群に甲状腺がんがありますが、最近、甲状腺がんにかなり治療効果がある薬が出ました。このように新たに有効な薬物治療が出来れば分類は変わることになります。

●標準治療とは

先ほど触れた「標準治療」について説明します。基本的には、治験においてこれまでの標準治療と同じ効果がある、もしくはそれよりも有益性が高いものが標準治療になります。同じ効果であれば、標準治療が増えることになり、いままでより評価や安全性が高かったら、それが標準治療に代わることになります。こういう形でできた標準治療をできるだけ使いたいということなのです。

薬物治療適応の原則で出た「PS」ですが、0から4までの段階があります。抗がん剤治療の多くは、PSの0「無症状で社会的活動ができ、制限を受けることなく発病前と同等にふるまえる」から1「軽度の症状があり、肉体労働は制限を受けるが、歩行、軽労働や座業はできる」の患者を対象にします。場合によってはPSの2「歩行や身の回りのことはできるが、時に少し介助がいることもある。軽作業はできないが、日中50%以上は起居している」までが対象で、PSの3「身の回りのことはある程度できるが、しばしば介助がいり、日中の50%以上は就床している」、4「身の回りのこともできず、常に介助がいり、終日就床を必要としている」場合は、基本的には抗がん剤治療は行いません。

もう1つ、抗がん剤は単剤投与もあるのですが、基本的には複数の抗がん剤と支持療法薬の制吐剤などを使って治療します。抗がん剤は何で、輸液は何を使う、吐き気止めは何を使う、インフュージョン・リアクション(アレルギー反応)の薬をどう入れるなど、薬剤の種類や量、投与期間などを決めた治療計画のことを「レジメン (Rejimen)」といいます。薬剤師は、このレジメンに基づいて投与量が合っているか、その患者さんに合ってい

るか、輸液などが正しいかをしっかり確認して抗がん剤を調製します。

がんの薬物療法では、がん種やステージによって標準治療が選択されます。抗がん剤は多種類あっても、その患者のがんに対する治療薬という選択はかなり限られます。そして治療回数によっても、1回目の治療で効果があって、再発して2回目の治療、また再発して3回目、4回目と進むごとに選択肢は減っていきます。

こうした状況があり、抗がん剤の効果は出ているのに副作用で中止するのはすごく残念なことから、選択した治療が完遂できるように、できるだけ副作用を抑えるようにします。そして治療中に、画像診断や腫瘍マーカーによる判断で治療を評価します。そこから、治療をやめて観察を続ける、治療を継続する、他の治療法を選択するという判断をします。

●抗がん剤の種類

抗がん剤の種類は、従前からあるのが「細胞障害性抗がん薬」(殺細胞性抗がん剤)ですが、最近では「分子標的治療薬」が多く使われるようになってきています。分子標的治療薬は、最初は副作用が少なく効果がある夢のような薬だといわれましたが、実際はかなり副作用もあるし、思ったほど効果が出ていないものもあります。

あとは、乳がん、前立腺がんなどの「内分泌療法薬」(ホルモン療法薬)、最近では「免疫チェックポイント阻害薬」というのが出ていて、非常に高価なことで話題になりましたが、この系統の薬はこれからどんどん出てきます。殺細胞性抗がん剤が主流の時代から、2000年代以降は分子標的薬がどんどん出てきたように、これからは免疫チェックポイント阻害薬が出てきて、治療法も変わっていくかもしれません。

がんの治療の現状

●薬物療法は外来治療と経口薬に

最近の薬物療法は、抗がん剤の数が増えているので、昔よりも治療の選択肢は多くなってきています。特に分子標的薬が多く、治験を見ていると



がん薬物療法と薬剤師の関わりについて話す遠藤氏

その多くは経口剤ですから、これからますます経口の抗がん剤が登場してくると思います。これまでの治療は、ほとんどが注射剤で、病院で行うことが多かったのですが、私のいたがんセンターでは、経口の抗がん薬治療が2001年から2013年で12倍近く増えた状況もあり、これからは院外の薬局に処方箋が出ることも増えてくると思います。そして、いまは経口剤も注射剤も効果は同じですし、副作用も同じように強く出ます。

もう1ついえるのは、外来での抗がん剤治療が増えていることです。がんセンターの統計を見ると1998年から2011年で外来治療が約4倍。いまは入院治療することは少なくなっています。ただ、一般の病院では、最初のワンクールだけ入院治療をして、特に患者さんに問題がなければ次からは外来治療という形が多いと思います。

●外来化学療法のメリット・デメリット

外来で治療するメリットの1つには、入院に比べて医療費が安いことがあります。患者さんの中で不安な人は入院治療を望まれますが、抗がん剤治療は、食道がんなど一部を除いて毎日行うものは少なく、1～2週間に1回点滴するくらいなのです。昔は、抗がん剤を点滴したらひどく吐いて、次の治療まで苦しいので入院して、また治療したらひどく吐くという繰り返しでしたが、いまは副作用を抑えることもかなり進歩してきていますので、ずっと入院する必要はありません。また、外来であれば、患者さんによっては治療中も普通の

生活ができるし、初期のがんであれば勤務を続けながら月1回休みをもらって病院に来るなど、仕事が続けられるのです。

ただ、デメリットもあります。病院で抗がん剤治療をして、何もなかったら帰宅しますが、帰ると副作用が出て苦しむ、家に帰ると不安になるということがあるので、そこへの対応はとても重要です。

●がん治療における薬剤師の役割

がん治療において、薬剤師は何をしているのでしょうか。薬剤師はまず標準治療のレジメンを登録します。病院の中では、医師が独自で考えた抗がん剤治療ができなくなっていて、エビデンスのある標準治療などの登録されたレジメンから選んで治療を行うこととなります。それから、先ほど説明したレジメンのチェック、投与量や投与間隔はどうかなどをチェックしています。また、少し前まで医師や看護師が行っていた抗がん剤のミキシング、抗がん剤調製も、いまは薬剤師が行っています。

患者さんへの説明や指導も薬剤師が担当することが多いです。治療効果や副作用のモニタリングをしたり、特に先ほどの「がん専門薬剤師」などには医師がかなり様々なことで意見を聞いてきますので適切な処方提案を行っています。いまやがん治療は医師一人では不可能で、医療チームとして治療を行う必要があります。薬物治療においてはかなり薬剤師に期待されています。

実際の外来化学療法の流れは、患者さんが病院に来て受付をして、採血、場合によってはレントゲンを撮り、医師が診察で検査値などを見て、患者さんの状態や検査値がよければ外来化学療法室に行き、リクライニングチェアやベッドで抗がん剤の点滴治療をして、さらに副作用の予防薬などの処方箋をもらって帰る、という流れです。最近では、医師の診察前に「薬剤師外来」を行うなど、薬剤師がかなり重要な働きをしています。

また、薬剤師は、外来の化学療法の前日までに処方の内容をチェックして薬物をそろえ、当日、安全キャビネットの中で抗がん剤を調製して、別な薬剤師の監査を受けて、外来の化学療法室へ運

びます。患者さんを外来化学療法室のリクライニングチェアかベッドに案内して点滴をします。この間に治療内容や家に帰って副作用が出たらどうするかといった説明も行っています。その際、患者さんにも理解してもらえるように、治療内容や発生する副作用、その対策などを書いた説明書を渡しています。

●医療スタッフの連携

2010年に出た「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」という厚生労働省医政局長通知があります。これは当時、看護師の業務を拡大してはどうかと議論になったときに、薬剤師をもっと活用したらいいということで、法律ではなく行政指導としての通知が出されています。

その中で、薬剤師にとってインパクトがあったのが、「薬の種類、投与量、投与方法、投与期間等の変更や検査のオーダーについて、医師・薬剤師等により事前に作成・合意されたプロトコルに基づき、専門的知見の活用を通して、医師等と協働して実施すること」、事前に何をするか決めてあれば薬剤師が行ってもいいという項目です。例えば、吐き気止めを投与して不足しているときにどうするか、あらかじめ医師と相談してあれば、薬剤師はそのプロトコルに従って制吐剤を追加したりしてもいい、という内容です。

看護師は医師が指示すればある程度何でもできる場所があるけれど、薬剤師は独立しているので薬剤師法に従ったものしかできません。そういう中で、薬剤師もあらかじめプロトコルを作成しておけばいろいろなことができるという、チーム医療の中でこうすればいい、という通知が出たのです。

医師に対する積極的な処方提案や、副作用の把握、服薬指導、副作用のモニタリングをして必要に応じて薬剤の変更等を提案するなど、薬物療法について薬剤師が主体的に医師に提案していくことが書いてあります。このほか、外来のがん患者さんに対して、医師と協働してインフォームドコンセントを実施する、抗がん剤の適切な無菌調製を行うことなどが書かれています。

この通知が出てから、薬剤師は処方提案や抗がん剤調製が進むようになりました。病院薬剤師としては、調剤は院外処方箋が出て少しは楽になったのですが、今度は抗がん剤調製が業務負担になってきているという面もあります。

●薬剤師が患者さんをフォロー

このほか、私のいた病院では、「外来化学療法ホットライン」というのをやっています。先ほど触れましたが、患者さんは抗がん剤治療の際に、家で副作用が出たときなどの対応方法について説明を受けて帰るのですが、帰ると忘れてしまう、不安になるといったことがあります。その場合、普通は患者さんが病院に電話して主治医を呼んでもらいますが、医師は診察中などで細かい対応ができず患者さんの満足感が得られません。それではだめだということで、医師から我々薬剤師にやってほしいと提案があって始めたものです。

患者さんには「何か不安があったら電話してください」と薬剤師のPHSの番号を渡します。電話がくると、薬剤師は患者さんの電子カルテを見ながら、「熱が出た」といったら、多くが解熱剤を出しているので「飲みましたか」と聞いて、「飲んだけど熱が下がらない」ということなら「もう1回飲んで駄目なら病院に来てください」とか、場合によっては「緊急で病院にかかってください」と伝えるなどの対応をしています。

対応時間は日中だけなので、朝のオープン時間になるとすぐ電話が来ていました。多分、患者さんは夜中に不安になって、朝すぐ電話するのだと思います。抗がん剤治療や患者の状態によっては副作用で手遅れになることもあるので、それを防ぐ成果が出ていると思います。そういう意味では患者さんの要望に応じていると思いますが、本当は24時間やれるといいと思っています。

対応する薬剤師の中には、若く経験の少ない人もいるので、「副作用対応マニュアル」をつくっています。これで分からないことは先輩の薬剤師に聞いたり、医師に問い合わせることで対応しています。毎月、対応がどうだったかを検証しており、いまはほとんどが問題なく薬剤師が対応しています。



遠藤氏の講演に耳を傾ける聴講者

もう1つは「テレフォンフォローアップ」です。副作用が非常に強く出る薬や、副作用が出たときに早く対応しなければならない薬を飲んでいる患者さんに、薬剤師から電話をしています。きちんと飲めているか、副作用が出ていないかを確認し、副作用が出ていれば対応策を伝えます。

そして、先ほど触れた「薬剤師外来」は、前回の診療報酬改定時にがん患者指導管理料3として診療報酬で評価されてからどんどん増えています。

薬剤師外来とは、医師の診察前に、薬剤師が患者さんと面談するもので、服用薬の説明をしたり、副作用が出ていれば対応薬や検査を医師に提案します。データでは、医師がその薬剤師の提案を尊重する割合は9割以上ということです。

●副作用による中止を防ぐ薬学的介入

皆さんも取り扱われている抗がん剤に、「ネクサバル」(一般名：ソラフェニブ)という薬があります。腎がんや肝臓がんに使われます。肝細胞がんで使うと副作用で中止になる例がかなりあるなど、治療継続が難しい薬です。

日本での「ソラフェニブ」の市販後の調査では、手足症候群などの副作用で中止になった例がかなり多いのです。手足症候群は程度が1から4まであり、4は重篤ですが、グレード3などであれば靴は履けないし、手で物を扱えなくなって、車いすで来院する状態になることもあります。しかしこれは、事前に角質除去を行うことによって悪化を防ぐことができたり、症状が軽いうちにステロ

イド軟膏などの適切な使用で重篤化を防ぐこともできます。薬剤師は、靴の形状など、日常生活への患者指導も行っています。この対策により、「ソラフェニブ」の中止の割合が日本の治験では全有害事象で4割近く、手足症候群で1.3%、アジア人対象の治験では全有害事象で2割、全国市販後の調査では全有害事象で5割、手足症候群で7.4%という中で、私のいた病院は全有害事象での中止が9.8%、手足症候群での中止は0でした。このデータだけで言い切ることはできませんが、薬剤師が関わることによって副作用による治療中止をかなり減らせる1つの例かと思います。

●薬局薬剤師への情報が不足

我々の調査によると、がんの拠点病院でも一般病院でも、病院薬剤師は、抗がん剤の用法・用量、投与間隔、支持療法、投与速度の確認はもちろん、入院患者と外来患者の化学療法の点滴レジメンの監査などを行っています。院内処方では、点滴と経口抗がん剤の組み合わせ、経口抗がん剤単剤でもレジメンを確認しています。ただ、院外処方箋の場合、経口抗がん剤単剤のレジメンはあまり確認していません。院外処方箋は医師から患者さんに直接渡され、病院の薬剤師の目を通らずにそのまま院外の薬局に出ていくためだと思います。海外のデータですが、経口抗がん剤による治療でも処方時や投薬時のエラーがかなり多いということで、これはどこかで確認する必要があると思います。

一方、薬局の薬剤師も、経口剤の調剤、説明・指導もするし、効果や副作用も見えています。またレジメンをチェックしますが、がん種によって休薬期間や投薬期間が違うので、処方箋だけだと情報が少なく難しいところもあります。

経口抗がん剤の処方箋を取り扱っている保険薬局に勤務している薬剤師を対象にアンケートを取ると、抗がん剤については大学ではなく卒業後の勉強会で知識を得た人が多く、普段の業務としての抗がん剤の投薬や調剤や服薬指導において、十分ではないという結果になっています。

この中で薬局薬剤師が必要な情報として上げたのが「がんの告知の有無」です。病院薬剤師は、

いまは基本的に患者さんに告知しないで治療することはないと思っているのですが、処方箋だけを見る薬局薬剤師の方は「告知されていないのではないか」と思いながら患者さんに対応しています。告知の有無が分からなければ、薬局で患者さんに十分な説明を行うことはできません。さらに、病院では薬剤師もカルテを見ることができるので、レジメンや医師がどのようなことを患者さんに話しているかまで分かりますが、薬局では全然分かりません。それで対応しろといわれても、非常に困ると思います。

例えば、経口抗がん剤が書かれていない処方箋に「ビスホスホネート」が出ていれば、一般的には骨粗しょう症の治療ですが、実際は抗がん剤の「エキセメスタン」「レトロゾール」などホルモン剤の副作用防止のため、支持療法薬として出ているかもしれません。こういう部分で、病院と薬局で連携しないと、患者さんにとっていい治療はできないのではないかと思います。

医療連携（薬薬連携）

●薬の情報提供

外来化学療法や経口抗がん剤の治療が増えて、薬局薬剤師との連携が必要なことから、病院から薬局へ情報提供書を出したり、お薬手帳に抗がん剤による治療内容を書いたシールを張ったり、定期的に病院と薬局で勉強会をしたりということが増えています。

患者さんに対しても、「レジメン説明書」を渡していますが、例えば「ドセタキセル」という抗がん剤の調査では、この薬は副作用で好中球が減少して発熱し、最悪の場合には死に至ることがあるので、「クラビット」などを渡して熱が出たら飲むように説明します。しかし、指示どおりに飲まなかった例が22%ありました。重要なのは、医師も薬剤師も、病院でも薬局でも、大切なことはきめ細かく伝えることです。また家で何か起きたときに対応するのは家族なので、家族にも分かるように読みやすいフローチャートの形で服用薬剤の写真なども入れた説明書をつくるなど、いろいろ情報提供の工夫をしています。

●患者フォローを薬局薬剤師も

先ほど病院薬剤師から患者へのテレフォンプォローアップの話をしました。これを薬局からも行ったらいいのではないかとということで、一部で実施してもらっています。さらに今年度のモデル事業として、薬局と病院が協力して、薬局薬剤師から抗がん剤を服用している患者さんに電話をしてもらい、薬剤師の説明の理解や副作用の確認、副作用が出たときの対応ができるようにするための研究をしようと考えています。

経口抗がん薬治療を行う患者さんに薬剤師が介入するのは、これらの治療を受ける患者さんがとても多くなったことと、副作用対策がとても重要なこと、そして経口の抗がん剤による治療はきちんと服用するかどうかは患者さんに任されていることです。抗がん剤による治療は副作用の発現率が高いので投薬量や休薬期間をきちんと守らなければなりません。きちんと患者さんに飲んでもらうのが結構難しいからです。

がんに関わっている薬剤師には、一人でも多くの患者さんにがんから生還してほしいという思いがあります。外来治療の患者さんの中には、結構元気そうに見えることもあります。恐らく治療に関して心配なことがあって、悩みも大きいと思います。そういうことをしっかり薬剤師が医療者として関わっていくことが大事だと思っています。

●患者のための薬局ビジョン

昨年秋に、厚生労働省が「患者のための薬局ビジョン」で、患者さんが最適な薬物治療を受けられる薬局のあり方を提言しました。かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師について提言されていますが、さらに患者さんの病気の予防や健康アドバイスをする「健康サポート機能」、そして「高度薬学管理機能」についても書かれています。例えば抗がん剤の副作用対応や抗HIV薬の選択支援など、専門知識を十分に生かした機能を持つというものがあります。詳細では、学会等が提供する専門薬剤師の認定等を受けた高度な知識・技術と臨床経験を有する薬剤師の配置、専門の医療機関と勉強会や研修会の開催、医療機関との間で対応をあらかじめ決める、抗がん剤で副作用が生じたときの

担当医への受診勧告などの項目があり、これらは日本臨床腫瘍薬学会が行ってほしかったことなので、ぜひ実現してほしいと思います。

専門薬剤師の認定制度として、がん領域では、私が所属している日本病院薬剤師会の「がん薬物療法認定薬剤師」、日本医療薬学会の「がん専門薬剤師」という同様な資格があります。日本臨床腫瘍薬学会は薬局薬剤師が取得できるような認定制度として「外来がん治療認定薬剤師」制度をつくり、薬局でもがん患者に積極的に関わってもらおうということを進めています。

●薬局の再編～立地から機能へ～

薬局ビジョンが目指すのは、「門前からかかりつけ、そして地域へ」ということで、2025年までにすべての薬局をかかりつけ薬局にするビジョンを描いています。

業務についても、いまは処方箋受取・保管、調剤、在庫管理など物中心の業務ですが、これを処方内容のチェックや医師への疑義照会、丁寧な服薬指導、処方提案など、患者さん中心の業務を増やす方向に進めようとしています。

これからのがん薬物療法には薬剤師が必要なので、病院と薬局が連携して進めていければと思っています。薬剤師の専門職としての使命は、医薬品の適正使用とリスクの最小化であり、がん薬物治療はそれが最も適用される分野だと思います。日本臨床腫瘍薬学会でも「すべての薬剤師が最高のがん医療を！」というテーマで活動しています。認定制度などによりがんの知識を高め、薬局と連携してがん患者さんを支えていこうと考えています。

卸の皆さんにとって、抗がん剤は他の薬に比べて高額で、専門医などがいる病院への納入など取り扱いにくい医薬品の1つかと思いますが、これからも適切に取り扱っていただき、抗がん剤が一人でも多くの患者さんに役立っていただければ願って、本日の話を終えさせていただきます。ご清聴、誠にありがとうございました。